14 19

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — N° 49

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Naftali HIMMELSTEIB

Né à Lodz (Pologne), le 22 septembre 1894

TRAITEMENT DU FIBROME NASO-PHARYNGIEN PAR LA DIATHERMO-COAGULATION

Président : P. SÉBILEAU, *professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Naftali HIMMELSTEIB

Né à Lodz (Pologne), le 22 septembre 1894

TRAITEMENT DU FIBROME NASO-PHARYNGIEN PAR LA DIATHERMO-COAGULATION

Président : P. SÉBILEAU, *professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1928

LE DOYEN. . . M ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI . . . Pathologie medicale.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. . Pathologie médicale
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC. . . . Pathologie médicale.
DEBRÉ . . . . Hygiène.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . Pathologie expérimentale
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.

MM.

HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
METZGER . . Obstétrique.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
PHILIBERT. . Bactériologie.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale
RICHET Fils. . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUENIOT. . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . Histologie.
TANON. . . . Pathologie médicale
ZIMMERN . . . . . Physique.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT. .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.

MM.	
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LERI.	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

Ma vive reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait de présider ma thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES LAURENS

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Joseph

Ma respectueuse et profonde gratitude.

A MES MAITRES

M. le Professeur ROGER, Doyen de la Faculté,

M. le Professeur GUILLAIN,

M. le Professeur Agrégé ALGLAVE,

M. le Docteur ROBINEAU

M. le Professeur Agrégé BRULÉ

M. le Docteur MAGITOT

A Monsieur le Docteur HUBERT

A Monsieur le Docteur L. GIRARD,

Ma vive reconnaissance pour m'avoir guidé dans mon travail.

INTRODUCTION

Nous divisons notre travail en quatre chapitres.

Dans un premier chapitre, nous résumons la description de la nature et de la position du fibrome naso-pharyngien.

Nous relatons ensuite les difficultés et les inconvéniens de la méthode sanglante.

Sous le titre : « Traitements diathermiques », nous donnons d'abord l'historique de cette méthode, puis nous rapportons les observations de quelques auteurs en les faisant suivre d'un résumé de leurs techniques.

Enfin, nous tirons quelques courtes conclusions qui nous paraissent découler de ces traitements.

TRAITEMENT
DU
FIBROME NASO-PHARYNGIEN
PAR LA
DIATHERMO-COAGULATION

CHAPITRE PREMIER

NATURE ET POSITION DU FIBROME NASO-PHARYNGIEN

Les fibromes naso-pharyngiens n'ont jamais cessé d'intéresser les chirurgiens et les spécialistes. Sur leur aspect clinique l'accord est fait : « ce sont des fibromes saignants de la puberté masculine » (Prof. Sébileau). Quant à leur structure et à leur mode d'insertion, les avis sont partagés ; nous allons en donner une sommaire description avant d'aborder la question fondamentale de notre thèse.

Aux confins des fosses nasales et du cavum on voit quelquefois se développer chez des sujets du sexe masculin, à l'âge de la seconde enfance ou de la puberté, des tumeurs si particulières dans leur manière d'être et dans leur évolution, qu'elles n'ont à vrai dire leurs pareilles, dans aucune région de l'économie.

Ces tumeurs de la cavité rhino-pharyngienne ont toujours une insertion large, unique, courte, complètement inextensible et d'une adhérence inexorable (Prof. Sébileau) — grâce à leur épanouissement périphérique, elles ont à leur base une apparence rétrécie et en quelque sorte, pédiculaire — on leur a, pour cette mauvaise raison, donné le nom de polypes (polypes naso-pharyngiens) et ceci est regrettable, car justement elles sont sessiles. Elles sont d'une consistance dure, étant de nature fibreuse et gorgées de sang. Par bien d'autres caractères encore, elles ressemblent aux fibromes en général, pour cette raison on les nomme aussi : fibromes naso-pharyngiens.

On peut affirmer que le fibrome naso-pharyngien est, en règle générale, une tumeur très vasculaire — la richesse en vaisseaux devient souvent telle que la surface couverte par la section de ces vaisseaux est égale — voir même supérieure — sur une coupe, à celle de la trame conjonctive. L'on peut dès lors caractériser ce fibrome du nom de télangiectasique (Pr Sébileau). Or, il est très important de retenir que ces tumeurs saignent facilement, fréquemment et abondamment.

Nélaton et ses élèves individualisèrent ces tumeurs, par leur insertion pharyngée constante à la portion rétro-vomérienne de l'apophyse basilaire. Plus tard elles furent caractérisées par leur origine périostique et par leur insertion nasale constante aux alentours des ailes du vomer, au pourtour de

l'aile ptérygoïdienne interne. Accrochée à la voûte de la cavité naso pharyngée, la production tombe et pend en battant de cloche, dans le cavum et y conserve plus ou moins de liberté, suivant le développement qu'elle atteint. Elle est donc cavitaire, intra-pharyngienne quoique d'origine nasale.

Dans d'autres cas, attachée à l'une des parois du rhino-pharynx, la production se développe sur elle en relief, faisant une saillie plus ou moins considérable dans sa cavité, où elle est enclavée par sa large adhérence d'implantation.

On pourrait donc, au point de vue clinique, distinguer deux variétés de fibromes naso-pharyngiens : celle des fibromes libres, cavitaires et celle des fibromes pariétaux. Au point de vue anatomique, tous les rhinologistes reconnaissent aujourd'hui, que le fibrome naso-pharyngien de notre pratique courante est presque toujours un fibrome à implantation choanale haute.

CHAPITRE II

DIFFICULTÉS ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE SANGLANTE

Il résulte de cette insertion haute du fibrome une difficulté pour l'intervention sanglante, car si l'on veut éviter la récidive de la tumeur, il est nécessaire de supprimer son pédicule. Or, celui-ci siégeant dans la choane est très difficile à atteindre. Outre cette difficulté, l'éxérèse sanglante du fibrome naso-pharyngien est souvent d'une « gravité mortelle » suivant l'expression de Sargnon de Lyon, gravité due presque uniquement à l'hémorragie de l'opération.

Voyons comment certains spécialistes envisagent la gravité de l'intervention sanglante :

« ... Il convient d'abord de déclarer que cette intervention semble une des plus dramatiques qui soient par la rapidité et l'abondance de l'hémorragie, qui peut tuer le malade en quelques instants ou le laisser profondément anémié pendant quelques semaines. Je relève dans mes notes, le cas d'un de mes opérés, un jeune homme de 19 ans, qui perdit au cours de deux interventions qu'il dût subir,

1.600 grammes de liquide sanguinolent recueilli par l'hématoaspiration ; cette hémorragie est telle qu'il paraît difficile de la maîtriser ; à peine à-t on touché à la tumeur, que l'inondation de sang se produit instantanément et remplit la bouche du malade placé sur le plan incliné. Si l'on tamponne elle se renouvelle immédiatement avec tous ses caractères et ses dangers, dès l'ablation des compresses... »

« Il peut être très difficile de réaliser une bonne prise ; recommencez alors la manœuvre, pas trop souvent, ni trop longtemps, car le sang coule à flots et un tamponnement d'arrêt peut être indiqué. Cette hémorragie, en effet, est considérable, parfois dramatique, car une inondation de sang fait irruption dans les fosses nasales et remplit la cavité buccale. » (Dr G. Laurens. Bibliographie : 8.)

« ...Les épistaxis d'intervention viennent surtout du parenchyme de la tumeur et particulièrement de sa surface d'implantation. J'ai vu des hémorragies formidables, torrentielles survenir au cours des opérations faites pour extraire des fibromes ; elles sont d'une abondance, d'une rapidité que l'on ne peut soupçonner. Evidemment, elle n'ont pas toujours la même sévérité, mais comme il est impossible d'en prévoir à l'avance le caractère, on peut dire qu'aucune des précautions propres à parer au danger qui peut venir d'elles, ne doivent être négligées. Au reste, c'est précisément de l'habileté de l'opérateur et de son sang-froid que dépend leur pronostic. J'ai vu dans les mains d'un maître, mourir un malade sur

la table d'opération, j'ai perdu moi-même un jeune homme très peu de temps après l'intervention chirurgicale, à une époque où je connaissais moins bien qu'aujourd'hui cette chirurgie des cavités naturelles de la face. Plusieurs autres de mes opérés ne durent la vie qu'à la prudence avec laquelle je sus, au cours de l'acte chirurgical, m'arrêter dans un morcellement qui menaçait de tourner au désastre, et remettre à une séance ultérieure la suite de l'opération commencée.

« Pierre Bazy, Goris, Gault, sans parler de nos anciens, perdent ou voient mourir un malade d'hémorragie pendant l'opération. Kemmel, Furet, Beco, quelques heures ou peu de temps après. Mercellos, devant l'abondance de sang, est obligé d'interrompre l'opération. Joseph Boujau doit s'arrêter et faire de la compression ; Herbert Tilley, pratiquer une trachéotomie d'urgence.

« La vérité est qu'on ne sait jamais comment tourneront les choses, quand on entreprend l'exérèse d'un fibrome naso-pharyngien. Il ne faut rien laisser au hasard.

« Cette exérèse intégrale et extemporanée des fibromes naso-pharyngiens est difficile et grave Elle est difficile parce que ceux-ci siègent profondément, ce qui les éloigne du chirurgien, elle est grave parce qu'ils sont vasculaires et recouverts d'une muqueuse érectile, ce qui les fait saigner » (Pr Sébileau. Bibliographie : 11).

« ...Pourquoi, avons-nous renoncé à la chirurgie

sanglante dans nos derniers cas de fibromes ou de tumeurs malignes à allure fibromateuse du naso-pharynx, soit par les voies naturelles, à la façon de Doyen ou de Georges Laurens (rapport de 1923), soit par les voies artificielles notamment par voie naso-latérale préconisée la même année, dans leurs rapports par Sébileau et Moure ? Tous ceux qui ont opéré des fibromes vrais du naso-pharynx connaissent la gravité parfois mortelle d'une pareille intervention qui nécessite au point de vue hémorragie, l'intercrico préalable, parfois la ligature primitive ou secondaire de la carotide externe. De plus, on sait combien l'ablation totale de la tumeur n'est pas toujours facile. On connaît les inconvénients du tamponnement qui amène assez souvent des troubles auriculaires pouvant aller jusqu'à la mastoïdite. Comme complications post-opératoires, les hémorragies secondaires ne sont pas rares et nécessitent parfois une ligature secondaire de la carotide externe. Les auteurs signalent la fréquence des récidives par opération incomplète. Dans son rapport (p. 84), Moure dit entre autres : « Dans ces récidives, une deuxième intervention peut devenir nécessaire à moins qu'il ne survienne des symptômes de cachexie qui occasionnent la mort du malade avant que le polype ait acquis un volume excessif ». Il ajoute (p. 85) : « Il faut encore se rappeler qu'en cas de récidive la seconde opération est beaucoup plus hémorragique que la première, précisément à cause de la disposition vasculaire de ces

néoformations ».Ajoutons que les accidents mortels opératoires ou post-opératoires ne sont malheureusement pas rares » (Sargnon, de Lyon. — Bibliographie : 10).

En résumé, nous voyons que les laryngologistes craignent d'une part, l'hémorragie et d'autre part, la récidive. Ainsi, ils ont recours à la ligature des deux carotides — au tamponnement de l'oro-pharynx — à l'intercrico-trachéotomie. Tout ceci crée des complications. Parfois, ils empruntent des voies artificielles comme la transnasofaciale, qui peut avoir pour résultat néfaste, la mutilation.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DIATHERMIQUE

Pour toutes les raisons que nous venons de citer, nombre de laryngologistes français et étrangers ont cherché à substituer à l'intervention sanglante, d'autres procédés : l'application du radium, la roent genothérapie, l'électrolyse et enfin la diathermo-coagulation ; c'est l'étude de ce dernier procédé qui fait l'objet de notre thèse.

1° *Historique de la méthode.* —L'introduction des courants de haute fréquence dans la thérapeutique est due à d'Arsonval (1893). Cette méthode trouva son application en chirurgie 17 ans plus tard (1910) quand Doyen l'utilisa sous le nom de diathermo-coagulation dans le traitement des cancers oro-pharyngés. Depuis, cette méthode devint très féconde surtout à l'étranger.

Dès 1911, Bourgeois et Poyet, l'employèrent d'une façon courante dans différentes interventions O.R.L.

La diathermo-coagulation, comme méthode de traitement du polype naso-pharyngien paraît avoir été employée pour la première fois avec succès par Steward (d'Harrogate) en 1918, puis par Samengo

de Buenos-Ayres depuis 1922, puis en France, par Roure de Valence en 1924, par H. Bourgeois en 1926. Le Docteur G. Laurens l'a appliquée en 1926, dans un cas opéré quelques semaines auparavant et récidivé. Enfin en 1927, nous avons eu l'occasion de suivre de très près, deux malades que le Docteur Girard traita avec succès dans le service du Dr Laurens à l'Hôpital Saint-Joseph.

2° *Technique des divers auteurs qui ont étudié la question.* — Dans ce chapitre, nous allons rapporter les observations de quelques auteurs qui ont employé cette méthode ; à la suite des observations de chacun d'eux nous exposerons sa technique propre.

Technique de Samengo

Obs. I. — C.P., 18 ans, Argentin.

Le malade se plaint d'obstruction nasale et de catarrhe naso-pharyngien, d'abondantes épistaxis, de surdité et de bourdonnements d'oreille du côté droit.

A la rhinoscopie postérieure on observe une tumeur qui occupe le cavum et qui saigne spontanément avec grande facilité.

A la date du 8 mars 1920, sous anesthésie chloroformique, on électrocoagule la tumeur, d'abord par voie nasale, ensuite par voie bucco-pharyngienne, et l'on pratique l'extirpation avec les pinces Lubet-Barbon, dans de parfaites condition.

Analyse anatomo-pathologique faite par le Dr Gourdy : fibrome (L. Samengo. Bibliographie 2 et 3).

Obs. II. — R.G., 20 ans, Paraguayen.

Dans ce cas il s'agit d'une récidive d'un fibrome qui fut opéré un an auparavant.

Actuellement le patient se plaint de maux de tête, souffre de fréquentes et abondantes épistaxis, d'une abondante sécrétion mucopurulente, d'insuffisance respiratoire nasale, de surdité.

A la rhinoscopie antérieure, on voit le fond de deux fosses nasales obstrué par une masse tumorale qui saigne facilement au contact du stylet.

A la rhinoscopie postérieure on observe que la cavité rétro-nasale est complètement remplie par la tumeur.

En juin 1920, sous anesthésie chloroformique, on extirpe par les voies naturelles toute la masse tumorale.

J'ai de nouveau examiné le patient en septembre de cette année, il se maintient en parfait état de guérison.

Analyse anatomo-pathologique : fibrome. Les considérations que l'on déduit de ce cas de fibrome permettent de penser que dans la première intervention sanglante, la tumeur ne put être complètement extirpée, ce qui resta fut l'origine de la récidive. (L. Samengo. Bibliographie : 2 et 3.)

Obs. III. — A.V.G., 22 ans, Espagnol.

Fibrome Naso-pharyngien :

Le patient se présente nous disant que depuis bientôt 9 mois il souffre d'obstruction nasale, de maux de tête, de catarrhe nasal mucopurulent, de bourdonnements d'oreilles, d'épistaxis et d'hémoptysies fréquentes et abondantes.

Au début de son mal, ce qui attira son attention ce fut

les hémoptysies et peu après suivirent les épistaxis, l'insuffisance respiratoire nasale, etc., etc...

A la rhinoscopie postérieure on constate la présence d'une tumeur qui saigne facilement.

En octobre 1920, sous anesthésie chloroformique, on extirpe la tumeur par diathermie chirurgicale, sans aucune complication opératoire ni post-opératoire. (L. Samengo. Bibliographie : 2 et 3.)

Obs. IV. — P.R., 24 ans, Italien.

Ce malade, comme les précédents, présentait la même symptomatologie : insuffisance respiratoire nasale.épistaxis, bourdonnements d'oreilles par la compression des orifices tubaires, maux de tête, catarrhe mucopurulent, etc.

La rhinoscopie antérieure et postérieure montra la présence d'une tumeur qui remplissait la cavité naso-pharyngienne.

Analyse anatomo-pathologique : fibrome.

Le 6 avril 1921, on l'extirpe, sous anesthésie chloroformique, par l'électro-coagulation.

J'ai revu récemment le malade et à la rhinoscopie postérieure, on voit le cavum retronasal complètement libre (L. Samengo. Bibliographie : 2 et 3).

Obs. V. — Elle se rapporte à une malade atteinte de fibrosarcome (L. Samengo. Bibliographie : 2 et 3).

Obs. VI. — R. R..., Argentin, 14 ans.

Fibrome naso-pharyngien.

Le père mourut d'un osteosarcome du tibia. Il y a 5 ans, il fut opéré à la joue gauche d'une tumeur dont nous ignorons la nature.

A 11 ans, ablation de végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales. Présentait à la rhinoscopie antérieure sa fosse nasale gauche obstruée par une masse tumorale de couleur rosée, qui saignait spontanément et avec plus d'intensité durant l'examen. A la rhinoscopie postérieure on observait la même tumeur rosée occupant le côté gauche du rhino-pharynx. Le malade se plaignait de céphalalgie rebelle, d'épistaxis, d'obstruction nasale totale, d'obstruction tubaire du côté gauche.

A la date du 3 juillet 1922, sous anesthésie choroformique, on intervient, avec les docteurs Doods et Delpiano, par électro-coagulation diathermique, extirpant par voie nasale toute l'énorme masse tumorale qui remplissait la fosse nasale, complétant l'intervention par voie naso-pharygienne, pouvant contrôler auparavant au toucher que le cavum était complètement envahi par une tumeur sessile, de consistance dure et de surface mamelonnée.

Les antécédents héréditaires du patient et l'aspect de la lésion actuelle me poussèrent à établir un diagnostic de sarcome naso-pharyngien.

L'analyse anatomo-pathologique, pratiquée par le docteur Colillas, démontra qu'il s'agissait d'un angio-fibrome (L. Samengo. Bibliographie : 2 et 3).

Obs. VII. — T. G. 19 ans, Argentin.

Fibrome naso-pharyngien.

Le malade présente les symptomes classiques des tumeurs de cette région.

A la date du 5 octobre 1920, anesthésie chloroformique ; on intervient par diathermie chirurgicale, attaquant premièrement l'insertion de la tumeur, par voie nasale et terminant

par voie bucco-pharyngienne, pouvant ensuite extirper avec facilité la tumeur qui était de la grandeur d'une noix. Guérison (L. Samengo. Bibliographie : 2 et 3).

Dans tous les cas de fibrome naso-pharygien, Samengo applique la diathermie chirurgicale et voici sa technique : Il combine la diathermo-coagulation avec l'ablation chirurgicale et emploie celle-là comme moyen d'hémostase. Il procède en trois temps :

1° Il attaque le prolongement nasal par voie nasale. Avec une électrode aiguille droite, uni ou bipolaire ; il transperce le prolongement en un point et fait passer un courant de haute fréquence de 500 à 800 milliampères ; la durée de chaque application est de cinq secondes en moyenne. Il fait successivement plusieurs applications jusqu'à la coagulation de tout le prolongement. Puis il l'extirpe avec une pince. Ainsi il rend libre l'accès vers la partie choanale du fibrome vers sa base d'implantation.

2° Il coagule ensuite par la même voie nasale la base d'implantation, d'abord avec une électrode droite pour la portion haute, puis avec une électrode coudée pour la portion qui est contre la paroi externe de la choane. (L'électrode est toujours une pointe uni ou bipolaire de préférence.) Enfin avec une électrode coudée bipolaire pour le naso-pharynx, l'opérateur coagule toute la masse tumorale, appendue dans le cavum. La coagulation est la même que tout à l'heure au point de vue intensité et durée.

3° La coagulation complète lui assurant déjà une hémostase, l'opérateur procède à l'exérèse du fibrome par morcellement avec la pince du type Doyen ou Escat. Mais il relie cette pince à l'appareil de haute fréquence comme une électrode active. Ainsi, même pendant l'ablation il emploie encore la diathermie et réalise par ce fait ce qu'il appelle le « morcellement diathermique ». Il veille à ce que l'ablation soit complète, quitte à recommencer les deux dernier temps au besoin.

Un releveur du voile de palais, un immobilisateur et compresseur de la langue sont des instruments adjuvants pour élargir et faciliter l'accès du rhinopharynx. L'intervention se fait sous anesthésie générale au chloroforme. Après l'intervention l'opérateur tamponne l'oro-pharynx avec de la gaze au peroxyde de zinc qu'il laisse en place huit heures environ. Il ne signale pas d'hémorragie pendant l'intervention ou au détamponnement. Les jours qui suivent l'intervention, il recommande des pulvérisations nasales à l'huile goménolée. L'opérateur cite 29 guérisons définitives sur 29 cas traités par cette méthode (L. Samengo. Bibliographie : 34).

Technique de Roure

Obs. — Le jeune Paul L., 16 ans, a présenté vers Noël 1923, une gêne croissante de la respiration nasale, d'abord dans la fosse nasale droite dont l'obstruction est devenue complète en peu de temps, puis dans la fosse nasale

gauche. Lorsque ce jeune homme m'a été conduit, il se plaignait de maux de tête violents, l'œil droit était en légère exophtalmie, l'audition de l'oreille droite était fort diminuée, la respiration était exclusivement buccale.

L'examen rhinoscopique antérieur laissait voir le fond des deux fosses nasales entièrement obstrué par une production rose, lisse, dure ; l'examen rhinoscopique postérieur révèle un cavum absolument rempli par une grosse tumeur lisse à consistance de caoutchouc poussant en avant le voile du palais. Le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait d'un fibrome naso-pharyngien. N'étant pas à ce moment là en posession d'un appareil diathermique et étant encore insuffisamment documenté sur la méthode électrocoagulante, je tentai en avril, l'extraction de cette tumeur sous chloroforme, par les voies naturelles, avec les instrumentations combinées de Doyen et d'Escat. Je me rendis compte que cette tumeur sessile avait une très large base d'implantation occupant toute la moitié droite de la paroi postérieure du cavum. J'enlevai des fragments assez importants au milieu d'une hémorragie formidable, mais néanmoins l'exérèse fut très incomplète.

La respiration nasale ne fut pas restaurée. Je constatai quelque temps après une très légère mais inconstante perméabilité de la fosse nasale gauche et ce fut tout. Les maux de tête avaient cependant à peu près disparu et l'œil droit avait repris sa position dans l'orbite.

Entre temps je m'étais rendu à l'hôpital Laënnec dans le service du Dr Bourgeois où le Dr Poyet avait bien voulu me mettre au courant de la pratique diathermique et traiter devant moi quelques malades pour les affections variées et dont je le remercie bien vivement.

Cette méthode me paraissait éminemment adéquate au cas de mon jeune malade, je lui en fis l'application de la façon suivante, au moyen de l'appareil de Drapier. En juin, je pratiquai sous l'anesthésie générale au kélène, une première séance d'électrocoagulation. La fosse nasale droite très large, permettant une vue assez bonne de la masse principale de la tumeur soigneusement adrénalinée, me servit de voie d'accès.

L'électrode active était constituée par une aiguille d'acier de trois centimètres de long, capable de traverser la tumeur dans toute son épaisseur. Sous le contrôle du miroir de Clar j'enfonce l'aiguille à fond dans le fibrome ; immédiatement un jet de sang inonde tout le champ opératoire. Je donne aussitôt l'ordre de faire passer le courant. L'hémorragie s'arrête instantanément. Le courant est donné pendant cinq secondes avec une intensité de 500 à 600 milliampères et une étincelle de deux millimètres à l'éclateur. Je fais successivement trois applications semblables en trois points situés sur une ligne verticale. Le malade quitte la clinique cinq à six heures après l'intervention sans avoir eu la moindre hémorragie.

Je le revois au bout de cinq semaines, le 28 juillet. La fosse nasale gauche est libre : la droite est par instant légèrement perméable. Je pratique une deuxième séance dans les mêmes conditions que la première, mais avec deux applications seulement. Sept semaines après, en septembre, la respiration est absolument libre des deux côtés. La rhinoscopie postérieure laisse voir un cavum vide, très large ; il subsiste seulement sur la paroi postérieure en arrière du pavillon tubaire droit un petit fragment de tumeur de la grosseur d'un haricot, visible aussi par la fosse nasale

droite. Je le coagule par une seule application de trois secondes seulement avec une aiguille très courte, de façon à éviter l'étincelage des parties voisines.

Le jeune malade est actuellement guéri, l'audition est parfaite, les maux de tête ont totalement disparu, l'état général est énormément amélioré (Roure, de Valence. Bibliographie : 15).

Roure publia récemment un complément à cette observation dont voici un extrait : « ... Toutefois ayant quelques doutes sur la persistance de cette guérison, j'avais soin d'indiquer que le même procédé pourrait être appliqué à toute nouvelle récidive.

« Effectivement, deux à trois mois plus tard, une nouvelle poussée se manifeste ; encouragé par les premiers résultats, je pris la résolution de traiter de la même façon toutes les récidives qui pourraient se produire.

« En outre des trois premières séances dont je viens de parler, j'ai fait cinq autres applications diathermiques, sans me fixer une périodicité quelconque, mais au moment où le besoin s'en faisait sentir, ces applications ont été ainsi échelonnées sur une période de 18 mois. Quelques semaines après chaque séance, la régression était cliniquement complète.

« Il s'agissait d'applications monopolaires à l'aiguille, l'électrode indifférente étant constituée par le diélectrique souple de Bordier.

« La fosse nasale droite étant large et permettant

un accès facile vers la tumeur, j'ai pratiqué chaque fois par cette voie, trois applications superposées de bas en haut. Le courant était, pour chaque application, de 4 secondes avec une intensité de 300 à 400 milliampères.

« Les cinq dernières séances ont eu lieu aux dates suivantes : 16 janvier 1925, 10 novembre 1925, 3 janvier 1926, 20 juillet 1926, sous simple anesthésie au mélange de Bonain, sans hémorragie aucune, sauf à l'instant où avait lieu l'implantation de l'aiguille.

« La dernière séance a donc été pratiquée, il y a un an et trois mois et actuellement ce jeune homme jouit d'une santé parfaite et fait son service militaire comme élève mécanicien de marine.

« Ainsi donc, après un traitement bien simple de 25 mois ayant nécessité au total huit séances diathermiques de quelques secondes, ce malade peut être considéré comme définitivement guéri d'une affection presque toujours mortelle qu'elle soit abandonnée à elle-même ou qu'elle soit traitée par la méthode sanglante. Je vais même jusqu'à dire qu'aujourd'hui, en possession de cette méthode, il n'est plus permis de tenter l'exérèse chirurgicale de ces tumeurs, si l'on n'a pas d'abord fait appel à la diathermocoagulation... » (Roure, de Valence. Bibliographie : 32).

Comme nous venons de le voir, Roure pense avoir été en présence d'un fibrome naso-pharyngien qui était énorme, mais qui ne saignait pas spontanément.

Il tente l'exérèse chirurgicale, par le procédé de Doyen en avril 1924. l'hémorragie fut effrayante. Néanmoins cette intervention procura au malade une certaine perméabilité nasale : mais cette dernière ne dura guère car une récidive ne tarda pas à survenir. Devant l'échec de l'intervention sanglante, Roure appliqua la diathermo-coagulation. Il préconise la méthode suivante :

Le traitement est réparti en séances espacées de quelques semaines. A chaque séance, l'opérateur fait successivement autant d'applications diathermiques qu'il juge nécessaires et possibles. Elles seront au nombre de trois, deux, parfois même une seule.

Avant de commencer les applications, l'opérateur prend soin d'élargir la voie d'accès vers la tumeur et de diminuer les risques d'hémorragie par des badigeonnages de la cavité nasale et de la partie visible de la tumeur avec de l'adrénaline.

Il attaque ensuite la tumeur par la diathermie et cherche à appliquer la coagulation simultanément à toute son épaisseur. L'électrode active sera donc une aiguille longue de trois centimètres, capable de traverser tout le fibrome (l'électrode indifférente est le diélectrique souple de Bordier). Sous le contrôle du miroir de Clar, il transperce de l'aiguille la masse du fibrome.

Une hémorragie peut se produire à ce moment. Mais, la plupart du temps, l'opérateur n'aura besoin de recourir à aucun moyen d'hémostase, car aussitôt qu'il fait établir le courant l'hémorragie s'ar-

rête. La coagulation sera modérée et de courte durée. L'intensité du courant sera de 500 à 600 milliampères. La durée de l'application sera de cinq secondes en moyenne. Le traitement n'incommode nullement le malade. Quelques heures après la séance il peut rentrer chez lui.

Après avoir employé l'anesthésie générale au kélène dans la première série de séances, Roure ne se sert que de l'anesthésie locale au Bonain quand il reprend le traitement après la nouvelle poussée de la tumeur. Car, celle-ci, en effet, fit une récidive deux mois après la troisième séance de diathermie. L'opérateur redoutait cette récidive et décida de renouveler les séances de diathermo-coagulation chaque fois qu'il serait en présence d'une nouvelle poussée de fibrome naso-pharyngien.

Il lui fallut cinq nouvelles séances, qu'il avait espacées selon le besoin, pour obtenir la destruction définitive du polype. L'opérateur employa dans ces cinq séances la même technique que dans les trois premières séances, avec cette différence néanmoins que la coagulation fut plus modérée, l'intensité du courant ne dépassant pas 400 milliampères.

En somme, nous voyons que plusieurs séances (huit dans le cas présent) furent nécessaires pour obtenir la guérison définitive.

Technique de Bourgeois.

Obs. — Je vous présente un malade que j'ai traité avec Poyet, Bouchet, et Maduro pour un polype naso-pharyngien.

Ce malade actuellement âgé de 20 ans et demie a commencé à avoir des hémorragies spontanées par la narine gauche en 1922, on ne s'en est pas autrement occupé. En 1924, éprouvant de la gène nasale, il a consulté un spécialiste de son pays qui à plusieurs reprises a tenté l'ablation des polypes ; chaque opération fut extrêmement sanglante et une dernière en juin 1924, s'accompagna d'une telle hémorragie qu'on ne fit depuis aucune tentative semblable.

Depuis juin 1924, jusqu'en février 1926, se succédèrent des hémorragies de plus en plus abondantes et de plus en plus rebelles qu'on essaya de maîtriser par tous les moyens médicaux connus.

A cette époque, il m'arriva avec une narine gauche tamponnée laissant échapper un suintement sanguin permanent et dans un état d'anémie tel que j'ai demandé immédiatement à mon interne Maduro de lui faire à deux reprises une transfusion sanguine ; après la seocnde transfusion, il n'avait encore que 1.250.000 globules rouges. L'examen local montrait une tumeur grise ayant toutes les apparences classiques du fibrome naso-pharyngien, remplissant le cavum et débordant légèrement le voile, la fosse nasale droite ne laissait apercevoir dans le fond qu'une tumeur grisâtre derrière une déviation de cloison imparfaitement opérée et une synéchie nasale ; la narine gauche bourrée de penghawar fut patiemment et prudemment détamponnée,

mais la présence d'un caillot de sang empêchait toute appréciation de la tumeur. Il importait avant tout d'empêcher le renouvellement de l'hémorragie avant et pendant l'opération.

Le 6 mars, la ligature de la carotide externe fut pratiquée à cet effet, sous anesthésie chloroformée ; celle-ci étant admirablement supportée par le malade on en profita pour appliquer une première séance de diathermie : un fragment fut d'abord enlevé dans le cavum au moyen d'une anse diathermique passée par la bouche puis on appliqua une électrode coudée munie de plusieurs aiguilles par la même voie, sur la même tumeur . on s'arrêta quand l'hémorragie devint un peu importante.

Passant alors aux fosses nasales,on déblaya la fosse nasale gauche, grâce à l'aspiration ; mentionnons tout de suite que celle-ci est indispensable pour assurer l'évacuation du sang et une vue possible sur la tumeur ; nous transfixâmes alors la tumeur jusqu'à ce que l'hémorragie nous parût assez abondante pour nous inviter par prudence à nous arrêter.

L'hémorragie se produisait au moment où nous piquions la tumeur, elle cédait bientôt au passage du courant, mais reprenait avec une plus grande abondance au moment où nous enlevions notre pointe à laquelle adhérait toute une masse carbonisée.

Nous fîmes un tamponnement avec de la gaze iodoformée largement imprégnée d'une pommade au Baume de Pérou. L'absence de tout symptôme d'infection nous permit de tamponner très facilement. Le sixième jour, nous eûmes enfin la satisfaction de montrer au malade dont la narine droite était déjà devenue perméable qu'un peu d'air filtrait par sa

narine gauche ; dans le cavum, la tumeur avait considérablement diminué. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur.

Le 22 mars, seconde séance de diathermie, sous-anesthésie chloroformique : l'abord par le cavum parut peu efficace, car la tumeur fuyait vers la fosse nasale sans offrir de prise à l'électrode. Au contraire nous fîmes cette fois par la fosse nasale gauche, une application très énergique par une série de transfixions unipolaire jusqu'à ce que l'abondance de l'hémorragie nous oblige à surseoir.

Le 17 avril troisième et dernière opération par l'électrode bipolaire, formée de deux pointes réunies sur un manche isolant et reliées à l'un des pôles de l'appareil : la destruction fut beaucoup plus importante avec une hémorragie moindre Le malade est sorti de la clinique le 27 avril. Je l'ai revu seulement hier, son état général est bon, il a pris 10 kilos depuis son retour dans sa famille.

L'examen de la narine gauche montre que le polype n'a pas été complètement détruit, il persiste une masse rosée et même rouge insérée à la partie supéro-externe de la choane gauche, séparée de la cloison par un espace libre qui permet une respiration suffisante, mais paraissant adhérer par une insertion certainement secondaire au plancher de la fosse nasale.

En somme nous avons traité par la diathermie un polype naso-pharyngien spécialement hémorragique, la ligature de la carotide externe a arrêté les hémorragies spontanées, mais elle n'a pas empêché que chaque intervention fut sanglante. (H. Bourgeois : Bibliographie. 28).

Le cas de H. Bourgeois est tout autre que celui de Roure. En effet, il s'agissait ici d'un fibrome saignant. Les hémorragies étaient spontanées, fréquentes et abondantes. Elles avaient anémié le malade à tel point qu'on fut obligé, avant tout traitement, de lui faire une transfusion du sang. Quand l'état du malade permit de commencer un traitement, le principal souci de l'opérateur fut de juguler les hémorragies spontanées et opératoires. Il pratiqua donc sous l'anesthésie générale, la ligature de la carotide externe.

Les tentatives d'ablation chirurgicale, qui avaient été pratiquées auparavant, à plusieurs reprises avaient causé au malade des hémorragies formidables : H. Bourgeois ne tenta plus d'intervention sanglante et appliqua d'emblée le traitement diathermique.

Il attaqua la tumeur par voie buccale et extirpa d'abord avec une anse diathermique un fragment accessible ; ensuite avec une électrode coudée munie de plusieurs aiguilles il coagula la portion qui se trouvait dans le cavum. Puis il passa aux fosses nasales et appliqua la coagulation à la portion nasale du fibrome ; les applications se firent cette fois avec une électrode à aiguille unipolaire. L'hémorragie peut se produire pendant le traitement et particulièrement aux moments de l'implantation et du retrait de l'aiguille. Elle couvre le champ opératoire et gêne la visibilité. Pour éviter cette gêne l'opérateur eut recours à l'aspiration pendant l'intervention. Quand l'hémorragie devint inquié-

tante il pratiqua un tamponnement à la gaze iodoformée imprégnée d'une pommade au Baume de Pérou.

Une quinzaine de jours après le malade subit un second traitement exclusivement diathermique. L'intervention se fit encore sous anesthésie générale. L'opérateur fit successivement une série d'applications énergiques de la diathermo-coagulation avec une électrode aiguille droite unipolaire. Il emprunta la voie nasale, la tumeur y étant plus accessible. Quand l'hémorragie des applications devint considérable, l'application fut suspendue. Enfin une trentaine de jours après, on pratiqua une nouvelle séance de diathermie.

Mais à la place de l'unipolaire on employa l'électrode bipolaire qui procure de réels avantages ; effecitvement la destruction est plus sûre, l'hémorragie est moindre qu'avec l'unipolaire.

En somme trois séances de diathermo-coagulation ont suffi pour obtenir la guérison sans grande hémorragie d'un polype naso-pharyngien dont l'ablation chirurgicale aurait presque certainement entraîné la mort du patient.

Technique de L. Girard.

Obs. I. — A. L., jeune paysan de 16 ans, vivant sur les bords de la Saône subit en 1925, l'exérèse d'un polype naso-pharyngien. Un an après il se présente à nous pour la première fois. Une tumeur volumineuse occupe tout le cavum,

apparaît au ras du voile du palais, qu'elle refoule vers la bouche et remplit par des prolongements multilobés la moitié postérieure de la fosse nasale droite. Aucune respiration nasale n'est possible, la joue droite est plus saillante que la gauche, l'œil droit est légèrement exorbité.

La tumeur n'a jamais donné d'hémorragie spontanée elle n'est pas de consistance très dure, elle porte à sa surface des zones d'aspect myxomateux. L'examen histologique lors de l'exérèse chirurgicale avait conclu nettement à la nature fibreuse de l'ensemble du polype.

Un fragment prélevé par nous sur le prolongement nasal est confié pour examen histologique à M. Rubens Duval qui répond : « L'examen histologique confirme le diagnostic clinique de polype, de fibrome naso-pharyngien.

« La tumeur est formée d'une masse de tissu conjonctif irrégulièrement lobée et recouverte d'un épithélium cylindrique cilié de type normal. En beaucoup de points, le tissu conjonctif est lâche, œdématié, infiltré de nombreux lymphocytes et il paraît s'agir d'un simple tissu de bourgeons charnus inflammatoires. Mais en d'autres points, le tissu conjonctif est plus dense, fibreux. Ce tissu fibreux diffère d'un tissu de sclérose inflammatoire banal par le nombre et le volume des fibroblastes à protoplasme très chromophile, à noyau riche en chromatite avec gros nucléole très apparent. Le noyau est parfois bourgeonnant. Ces fibroblastes doivent être considérés comme des cellules néoplasiques peut-être malignes. Il n'a pas été constaté de karyokinèses. La partie à type de fibrome est richement vascularisée et en un point les vaisseaux dilatés et irréguliers forment une sorte de tissus caverneux. »

En collaboration avec le docteur Gérard, nous entreprîmes la destruction de ce polype par la diathermo-coagulation. En quatre séances faites à trois semaines d'intervalle le polype fut complètement détruit. Il n'y eut pas la moindre hémorragie. Nous avions employé comme électrode l'aiguille unipolaire. Le seul incident fut la formation dans la région de la base de l'apophyse pterygoïde d'un petit séquestre dont l'élimination se fit très simplement. Le malade revu trois mois après ne présentait aucune trace de récidive. Malheureusement une tuberculose pulmonaire presque latente jusque là, se réveilla et mit les jours du malade en danger. (L. Girard. Bibliographie : 33).

Obs. II. — Il s'agit d'un garçon de ferme des montagnes du Doubs, âgé de 19 ans. Il vous a été présenté une première fois, il y a deux ans par notre Maître le Dr G. Laurens, qui l'avait opéré d'un volumineux polype naso-pharyngien avec prolongement dans la fosse nasale gauche et avait fait traiter un point récidivant par la diathermo-coagulation. Après deux ans, le malade nous est revenu avec une récidive aussi volumineuse que la tumeur primitive et également hémorragipare.

Ici pas de doute possible sur la nature de la tumeur : elle est dure, elle saigne, elle émet des prolongements, et puis il y a le souvenir de l'ablation chirurgicale, au cours de laquelle l'opérateur dut déployer toutes ses forces pour arracher le pédicule. Il y a enfin l'examen histologique fait alors par le Dr Raymond Letulle ;

« ... Tissu conjonctif en général densifié, excessivement riche en vaisseaux sur certains points ; ces vaisseaux sont

tellement rapprochés les uns des autres, que les parties prennent un aspect angiomateux ... »

Nous sommes donc cette fois en présence d'un fibrome vrai, d'un caractère peu commode ; belle occasion pour éprouver la valeur de la diathermo-coagulation. Le récit des premières applications vous a été fait à notre réunion du mois de novembre dernier.

Il n'y eut aucun incident, l'aiguille était enfoncée dans une masse énorme, loin des tissus sains, loin du pédicule.

L'intensité employée fut lentement, peut-être, timidement progressive. Après la troisième application le polype était réduit de moitié. Le malade n'avait pas perdu une cuiller à café de sang et sa santé générale n'était troublée en rien.

Mais à partir de ce moment, surgirent quelques difficultés. La base d'implantation du polype parut très large, siégeant à l'angle supéro-externe de la région choanale, elle s'étendait de l'éthmoïde postérieur à la région haute de la paroi postérieure du cavum ; elle recouvrait donc tout le basi-sphénoïde, un peu de l'éthmoïde en avant, un peu de l'apophyse basilaire en arrière et la région haute de l'apophyse ptérygoïde.

Comment poursuivre le pédicule jusqu'à l'os sur une si grande surface et dans de telles anfractuosités. Nous prîmes le parti de procéder à une destruction très progressive de façon à redonner à la région une forme à peu près normale, sans nous préoccuper d'atteindre le squelette. Nous opérions chaque fois sous-cocaïne adrénaline, tantôt par la voie nasale, tantôt par la voie pharyngienne, sous le contrôle du miroir. Les séances avaient lieu à quinze jours ou trois semaines d'intervalle.

A mesure que nous approchions de la zone d'insertion, des hémorragies de plus en plus abondantes se produisaient au moment de l'arrachement de l'aiguille après coagulation. Parfois nous les arrêtions en replaçant l'aiguille dans le même trajet et en faisant passer un courant faible, mais nous étions souvent très gêné. Une fois, l'aiguille étant enfoncée dans la voûte du cavum, en plein pédicule, il se produisit pendant le passage même du courant, une hémorragie d'une violence telle qu'il fallut faire en toute hâte un tamponnement antérieur et postérieur.

Une otite aiguë droite nous obligea à interrompre le traitement pendant un mois. La tumeur en profita pour proliférer rapidement. La choane aux 3/4 dégagée se remplit presque complètement en quelques semaines d'un tissu tendu, mais dépressible et élastique comme une muqueuse de cornet inférieur turgencente. Ce tissu donna des hémorragies spontanées qui nécessitèrent le tamponnement antérieur et postérieur à deux reprises.

Nous fîmes un prélèvement de ce tissu proliférant. Voici la réponse que nous fit le Dr Busser : « Fragment de tumeur recouverte d'une épithélium légèrement hypéracantausique et cutinisé. La tumeur est elle-même constituée par du tissu conjonctif jeune contenant de nombreuses cellules inflammatoires polymorphes et des néo-vaisseaux. Dans la profondeur restent des lésions endo et périvasculaires qui peuvent faire penser aussi bien à la syphilis qu'à une irritation chronique due à des agents médicamenteux ou physiques. »

D'après cet examen il semble bien que le tissu prélevé ne constituait pas une vraie récidive, mais plutôt un simple bourgeon charnu.

Quand les applications diathermiques purent être reprises, nous abandonnâmes l'électrode unipolaire pour n'utiliser que la bipolaire. Avec celle-ci, les applications ont été moins douloureuses, elles n'ont pas été suivies d'hémorragies, l'action coagulante a été mieux limitée et cela nous a permis de détruire tout ce qui faisait visiblement partie de la tumeur.

Nous n'avons pas cherché à atteindre le squelette. Il eut été sans doute plus logique de le faire pour obtenir une destruction complète du pédicule, qui peut avoir ses racines dans le périoste lui-même. Nous préférons en rester là pour le moment. S'il survient une récidive, rien ne sera plus facile que de la réprimer par une ou deux applications nouvelles. De plus, le jeune homme a 19 ans. Il approche donc de la période où le « fibrome de la puberté masculine » cesse spontanément de se développer.

D'ailleurs il n'a pas plus de risques de récidiver que si la tumeur avait été enlevée chirurgicalement car jamais la rugine ne serait arrivée à désinserrer complètement une base d'implantation aussi large et aussi compliquée (L. Girard. Bibliographie : 31 et 33).

Comme nous venons de le voir, Girard a traité deux polypes naso-pharyngiens. Le premier, comparable à celui de Roure, était un polype volumineux, mais peu hémorragipare spontanément et de consistance un peu molle. Il disparut sous l'influence de la diathermo-coagulation avec la plus grande facilité et sans donner lieu à aucun incident. L'exérèse chirurgicale pratiquée un an auparavant avait provoqué une hémorragie considérable, et la tumeur avait récidivé rapidement.

Le second cas de Girard était par contre un fibrome très dur et très hémorragipare. C'était aussi une récidive, puisque le malade fut naguère présenté à la Société parisienne d'O. R. L., comme complètement guéri d'un polype naso-pharyngien, traité par l'exérèse chirurgicale suivie d'applications diathermiques. Il disparut également sous l'influence de la diathermo-coagulation, mais ce ne fut pas sans difficulté. Au cours du traitement, il se produisit des hémorragies provoquées par les applications diathermiques. Il y en eut de spontanées qui semblaient venir d'un bourgeonnement conjonctif extrêmement actif dont le pédicule de la tumeur était le siège. Ces hémorragies furent toujours facilement maîtrisées, il est vrai, par un tamponnement antérieur et postérieur.

L'opérateur parvint à libérer complètement les cavités naso-pharyngées — néanmoins, il laissa sur le squelette une couche de tissu mou, ne voulant pas risquer de provoquer des séquestres osseux en poussant la coagulation jusqu'au périoste — aussi prévoit-il la récidive. Il ne s'en inquiète pas, sachant que si elle se produit, elle pourra être facilement réprimée par une simple séance de coagulation.

Girard a d'abord employé sur son premier polype l'électrode à aiguille unipolaire et il s'en est bien trouvé. Mais les difficultés rencontrées dans le traitement du deuxième polype (hémorragies, craintes des séquestres osseux, incertitude des limites de la tumeur) l'amenèrent à adopter l'électrode bipolaire

à aiguilles. Il eut avec celle-ci moins d'hémorragie, moins de douleur et plus de facilité pour diriger avec précision l'action coagulante.

La base d'implantation du polype n° 2, était très large, elle n'occupait pas seulement la voûte de la choane, mais s'étendait en outre sur la paroi latérale du cavum jusqu'à proximité du bourrelet supérieur de la trompe d'Eustache.

Il eut été sans doute dangereux de diriger l'action mal délimitée d'une électrode unipolaire à aiguilles vers la fosse ptérigo-maxillaire. L'opérateur fut bien avisé de se contenter de rétablir simplement les cavités naso-pharyngées sans s'attacher à poursuivre le pédicule de la tumeur jusqu'au squelette, d'autant plus que le squelette de la région avait été modifié par la tumeur qui en avait refoulé ou désagrégé les éléments dans une mesure impossible à connaître ; aller à la recherche du périoste dans de telles conditions, c'était s'exposer aux pires aventures.

Voici comment Girard pratique les applications de diathermo-coagulation. Il prépare d'abord le malade. Dans les huit jours qui précèdent l'application, il lui fait prendre de l'hémostyl et du chlorure de calcium pour augmenter la coagulabilité du sang.

Pour l'application, il badigeonne toute la tumeur et les muqueuses avoisinantes avec une solution de cocaïne au 1/10 puis avec une solution d'adrénaline de 1/1000. Il commence la séance par le cavum et utilise pour cette voie, une électrode coudée à ai-

guille longue de un centimètre environ. Au début il n'utilisait que l'électrode unipolaire, nous avons dit qu'il a fini par adopter l'électrode bipolaire qui permet mieux de mesurer l'étendue des destructions.

Sous le contrôle de la rhinoscopie postérieure faite à l'aide d'un grand miroir laryngien, il enfonce l'aiguille de toute sa longueur dans la tumeur. Pour le polype qui était peu saignant, il fit d'emblée passer un courant de 700 à 800 milliampères et ne retirait l'aiguille que lorsqu'il se produisait une véritable coction des tissus. Pour le 2e polype très hémorragipare, il fit d'abord deux séances simplement coagulante avec un courant de 300 à 400 milliampères dans le but de modérer les hémorragies.

La coagulation faite, il retire l'aiguille en deux temps, il la décolle tout d'abord sans la retirer complètement, il marque un temps d'arrêt pour voir si le sang afflue et dans ce cas il fait à nouveau passer un courant faible jusqu'à ce que l'hémostase se produise. Il ne se contente pas d'une seule application : il enfonce l'aiguille dans plusieurs endroits différents de la tumeur, de manière à coaguler tout ce qui est accessible. Il continue la séance par la fosse nasale préalablement agrandie par l'adrénaline. Il utilise ici une électrode droite, de préférence bipolaire, et suit la même méthode que pour le cavum.

L'escharre ainsi produite met environ trois semaines à s'éliminer. On peut alors faire une nou-

velle séance et ainsi de suite jusqu'à la disparition complète de la tumeur. Girard a essayé l'anesthésie générale, mais il estime qu'elle rend l'application plus difficile. Elle congestionne les muqueuses et diminue de ce fait la visibilité, elle contre-indique l'emploi de l'adrénaline si précieuse pourtant, elle provoque une abondante sécrétion de mucosités fort gênante. En outre, la pipe de Delbet est encombrante pour les manœuvres qui doivent se faire par l'oro-pharynx. Pour toutes ces raisons, Girard conseille l'anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline. La douleur provoquée par l'électro-coagulation d'un polype naso-pharyngien est très supportable, surtout si on emploie l'électrode bipolaire.

Aucun soin spécial n'est en général prescrit au malade à la suite du traitement, car sa santé n'est nullement troublée, il n'éprouve aucun malaise, ne fait pas ou peu de température, parfois quelques dizièmes.

Chaque séance est généralement efficace : en observant la tumeur quotidiennement on assiste à sa régression continue. Dans les cas cités, quatre séances ont suffi pour détruire le premier fibrome : pour le second, il en fallut le double, car plusieurs séances durent être écourtées, en raison d'hémorragies plus ou moins abondantes et l'on assista en outre à une sorte de bourgeonnement du pédicule que l'analyse histologique dit être formé de simples bourgeons charnus, mais qui fut assez gênant.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

De toutes les techniques que nous venons d'exposer, pas une ne semble devoir être considérée comme définitive, car toutes sont, ou des techniques d'essai et d'adaptation à un cas particulier ou des techniques qui sont appelées à se perfectionner.

De plus, la rareté du polype naso-pharyngien et la nouveauté du traitement n'ont permis qu'à un petit nombre de spécialistes de s'intéresser à cette question.

Néanmoins nous voyons l'ensemble des auteurs s'accorder sur les points suivants :

1° La diathermo-coagulation dans le traitement du polype naso-pharyngien diminue dans une très large mesure le danger dû à l'hémorragie soit qu'on la combine à l'exérèse chirurgicale (Samengo) soit qu'on l'utilise comme procédé exclusif de destruction (Roure, Bourgeois, Girard) ;

2° Dans les fibromes très saignants ou toute action chirurgicale doit être rejetée comme presque fatalement mortelle, l'électro-coagulation conserve tous ses droits (cas Bourgeois) ;

3° La guérison définitive du polype naso-pharyn-

gien peut être obtenue par la diathermo coagulation employée comme seul moyen de destruction ;

4° L'emploi des électrodes bipolaires permet de conduire avec une précision suffisante l'action coagulante du courant de haute fréquence, et d'éviter la formation des séquestres ou des zones de destruction trop étendues ;

5° Les risques de récidives ne sont certainement pas plus grands qu'avec la méthode chirurgicale puisque tous les fibromes traités par Roure, Bourgeois et Girard avaient été auparavant l'objet d'une ablation chirurgicale, et qu'ils avaient tous récidivé. C'est l'avenir qui jugera ce point particulier définitivement ;

6° En cas de récidive, le dommage est minime puisque la diathermo coagulation peut être appliquée à nouveau, à tout moment, sans danger et sans aucun trouble pour la santé du patient.

En matière de conclusion générale, nous n'hésitons pas à dire avec le Dr Girard que désormais, il ne nous viendrait plus à l'esprit de traiter chirurgicalement un polype naso-pharyngien sans avoir auparavant appliqué le traitement diathermique avec toute la ténacité nécessaire.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
SÉBILEAU.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Vidal.* — La diathermie en O.R.L.(Revista d'O. R.L., 1921 n° 1).
2. *Samengo* (*L.*). — Diathermia Quirurgica in O. R. L. (Semana médica, 1922. Buenos-Ayres, p. 2641).
3. — Diathermia quirurgica applicada à la O. R. L. (Semena médica de Buenos-Ayres, 7 septembre 1922, n° 1495).
4. *Baldenweck.* — Electro-coagulation en O. R. L. (Archives internationales de l'O. R. L., décembre 1923, p. 1096).
5. *Bourgeois* (*H.*) *et Poyet* (*G.*). — L'Electro coagulation en O. R. L. (Annales d'O. R. L., 1923, p. 338).
6. *Chevais.* — Contribution à l'étude de la diathermie en O. R. L. Thèse de Bordeaux, 1923.
7. *Gaillard.* — A propos des tumeurs du pharynx nasal à point de départ péritubaire (Annales des maladies de l'oreille, 1923, p. 772).
8. *Laurens* (*G.*). — Traitement des polypes naso-pharyngiens (Revue de laryngologie, 1923, p. 680).
9. *Moure.* — Traitement des polypes naso-pharyngien (Revue de laryngologie, 1923, p. 677).
10. *Sargnon.* — Cas de tumeurs fibreuses du naso-pharynx traités par la chirurgie et les agents physiques (Archives internationales de laryngologie, 1923, p. 409 ; 1926, p. 38)
11. *Sebileau.* — Considérations sur les fibromes naso-pharyngiens (Annales des maladies de l'oreille, 1923, p. 553).
12. *Bourgeois* (*H.*), *Dutheillet de Lamothe, Portmann* (*G.*) *et*

Poyet (Gaston). — Rapport sur la diathermie en O.R.L. (Congrès de la Société Française d'O. R. L., 1924. Paris, Maloine et Fils).

13. *Marteret.* — Contribution à l'étude pratique de l'électro coagulation en O. R. L. Thèse de Paris, 1924.

14. *Pierre.* — Etude anatomo pathologique des fibromes naso-pharyngiens (Annales des maladies de l'oreille, 1924, p. 125).

15. *Roure (de Valence).* — Un cas de fibrome naso pharyngien traité par la diathermie (O. R. L. internationale, novembre 1924.

16. *Marteret.* — L'électro coagulation en O. R. L. (Acta O.R.L. Stokholm, 1924-1925, p. 646).

17. *Mackenzie (D.).* — The uses of surgical diathermy in O. R. L. (Acta O. R. L. Stokholm, 1924-1925, p. 587).

18. *Miligan (W.).* — Diathermy (Acta O. R. L. Stokholm, 1924-1925, p. 429).

19. *Portmann et Moreau.* — La diathermie et ses applications O. R. L. (Acta O. R. L. Stokholm, 1924-1925, p. 471).

20. *Molinie (J.).* — Le diathermie dans le traitement des tumeurs en O. R. L. (Marseille médical, 1925, p. 601).

21. *Bourgeois (H.) et Poyet (G.).* — La diathermie chirurgicale dans le traitement de certaines affections non cancéreuses des voies aériennes supérieures (Acta O. R. L., 1925, p. 568).

22. *Bourgeois (H.) et Portmann (G.).* — La diathermie en O. R. L. (Annales des Maladies de l'oreille, 1925, p. 261).

23. *Bourgeois (H.) et Poyet (G.).* — Détail de techniques simplifiant les applications de diathermie (Archives internationales de laryngologie, 1925, p. 567).

24. *Laurens (G.).* — Polype naso-pharyngien opéré par le pro-

cédé de Doyen, le procédé de Denker et l'électro-coagulation (O. R. L. internationale, 1926, p. 162).

25. *Bordier*. — Diathermie. Paris, Baillère, 1926, 3e édition.

26. *Leroux-Robert*. — La haute fréquence en O. R. L. Paris, Masson et Cie, éditeur, 1927.

27. *Portmann* (*G.*). — La diathermie en O. R. L. (Clinique et laboratoire, 1927, p. 219).

28. *Bourgeois* (*H.*). — Polype naso-pharyngien traité par la diathermie (Annales des maladies de l'oreille, 1927, p. 400).

29. *Lemoine* (*Jos.*). — La diathermie en O. R. L. Paris, G. Dain et Cie, 1927.

30. *Castex* (*de Chateauroux*). — La Diathermo-coagulation et ses avantages (Monographiques médicales, sept. 1927).

31. *Girard* (*L.*). — Présentation d'un polype naso-pharyngien en cours de traitement par l'électro-coagulation (Oto-rhino-laryngologie internationale, janvier 1928).

32. *Roure* (*de Valence*). — Conduite et résultats éloignés du traitement d'un fibrome naso-pharyngien par la diathermo-coagulation.

33. *Girard* (*L.*). — Deux cas de fibrome naso-pharyngien traités par la diathermo-coagulation (Otho-rhino-laryngologie internationale, avril 1928).

34. *Samengo* (*L.*). — Diathermia en Oto-Rhino-Laryngologia, p. 144-156. Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, n° 27982.

8304. — Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine Paris. — 6-28